

Relationship between Socio-Demographic Factors and the Prevalence of Abuse among the Elderly Population Covered by Health Centers in Kashan

Zahra Khalili¹, Ali Sadrollahi²

1. MSc. Medical Surgical Nursing Department, Nursing & Midwifery Faculty, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

2. MSc. Nursing Science Department, Nursing Faculty, Bandargaz Branch, Islamic Azad University, Bndargaz, Iran

Article Info

Received: 11 Apr. 2016
Accepted: 13 May. 2017
Published Online: 20 Dec. 2018

Descriptive Study

Abstract

Aims: Growth of the elderly population has led to an increase in the prevalence of abuse against them, which is considered a major social health problem in today's communities. The aim of the present study was to examine the relationship between socio-demographic factors and the prevalence of abuse among the elderly population covered by health centers in Kashan.

Instruments & Methods: In this descriptive-analytical study in 2014, 500 elderly people over 60 years covered by health centers in Kashan were selected through multistage cluster sampling. The domestic elder abuse questionnaire was used to collect the data. Data were analyzed by SPSS 21, using Chi-square and logistic regression analysis.

Findings: The mean age of the study population was 72.07 ± 9.03 years. The prevalence of emotional neglect, neglect of care, and financial neglect, divest, experienced psychological abuse, financial abuse, physical abuse, and rejection was 6.8%, 8.29%, 2.35%, 6.37%, 45%, 2.41%, 22.45%, and 16.6%, respectively. A significant statistical relationship was observed between the abuse and age ($p=0.001$), number of children ($p=0.001$), marital status ($p=0.011$), the living conditions of elder with family ($p=0.001$), having disease ($p=0.029$), and having the ability to walk ($p=0.001$).

Conclusion: Adults with a higher age, more children, without a spouse, living with a child, and having a history of illness and inability to walk are more exposed to abuse.

Keywords: Elder Abus, Elder, Social Factors

Corresponding Information:

Ali Sadrollahi, MSc. Nursing Science Department, Nursing Faculty, Bandargaz Branch, Islamic Azad University, Bndargaz, Iran.
Email: ali.sadrollahi@yahoo.com/ Tel: +98-17-34342222

Copyright © 2018, Ir J Forensic Med. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

How to Cite This Article:

Khalili Z., Sadrollahi A. Relationship between Socio-Demographic Factors and the Prevalence of Abuse among the Elderly Population Covered by Health Centers in Kashan. Ir J Forensic Med. 2018; 24(3): 1-9

رابطه بین عوامل اجتماعی جمعیتی و میزان شیوع سوء رفتار در بین سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر کاشان

زهرا خلیلی^۱، علی صدرالهی^۲

۱. کارشناسی ارشد، گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

۲. کارشناس ارشد، گروه سالمندی، دانشکده پرستاری، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرگز، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۰۱/۲۳	اهداف: رشد جمعیت سالمندان منجر به افزایش میزان شیوع سوء رفتار نسبت به آنان شده است که از معضلات عمده سلامت اجتماعی در جوامع امروزی به شمار می‌رود. هدف این پژوهش، بررسی رابطه بین عوامل اجتماعی جمعیتی و میزان شیوع سوء رفتار در بین سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر کاشان بود.
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۲۳	
انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۰۹/۲۹	
نویسنده مسئول: علی صدرالهی گروه سالمندی، دانشکده پرستاری، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرگز، ایران تلفن: ۰۱۷۳۴۳۴۲۲۲۲ پست الکترونیک: ali.sadrollahi@yahoo.com	ابزار و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی در سال ۱۳۹۳، تعداد ۵۰۰ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر کاشان به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفتند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه بررسی سوء رفتار خانواده نسبت به سالمند استفاده شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS 21 و با استفاده از آزمون مجذور کای و تحلیل رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: میانگین سنی سالمندان $72/07 \pm 9/03$ سال بود. شیوع غفلت عاطفی $6/8\%$ ، غفلت مراقبتی $8/29\%$ ، غفلت مالی $2/35\%$ ، سلب اختیار $6/37\%$ ، سوء رفتار روان‌شناختی $45/0\%$ ، سوء رفتار مالی $2/41\%$ ، سوء رفتار جسمی $22/45\%$ و طردشدگی $16/6\%$ بود. بین میزان سوء رفتار و متغیرهای سن ($p=0/001$)، تعداد فرزند ($p=0/001$)، وضعیت تاهل ($p=0/011$)، وضعیت زندگی سالمند با خانواده ($p=0/001$)، داشتن سابقه بیماری ($p=0/029$) و داشتن توانایی راه‌رفتن ($p=0/001$) ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد. نتیجه‌گیری: سالمندان با سن بالاتر، تعداد فرزند بیشتر، بدون همسر، در حال زندگی با فرزند، با داشتن سابقه بیماری و عدم توانایی راه‌رفتن، بیشتر در معرض سوء رفتار قرار دارند. کلمات کلیدی: سوء رفتار، سالمند، عوامل اجتماعی

جمعیت جهان نسبت به دهه‌های گذشته روند رو به افزایش تعداد سالمندان را نشان می‌دهد، به‌طوری که این انتظار است در سال ۲۰۵۰ نرخ این افزایش نسبت به جمعیت عمومی ۳/۱۴٪ باشد (۱،۲). اکثریت رشد جمعیت سالمندی، در کشورهای رو به توسعه است و کشور ایران نیز از این قاعده مستثنی نخواهد بود (۳). همزمان با نرخ رشد سالمندی جمعیت، مشکلات مرتبط با آن نیز افزایش خواهد یافت که از کارافتادگی و وابستگی جسمی و روانی از جمله این مشکلات است (۴). متعاقب پیرشدن افراد، نیاز به داشتن کمک و همراهی برای انجام بسیاری از فعالیت‌ها در افراد سالمند افزایش می‌یابد؛ به شکلی که وابستگی در فعالیت‌های روزانه زندگی، مشکلات گسترده‌ای را علاوه بر فرد سالمند در اعضای خانواده و نزدیکان وی نیز ایجاد می‌کند. از نتایج این مشکلات کثرت هزینه‌های گسترده درمانی و مراقبتی است که زمینه ایجاد سوء رفتار با فرد سالمند را فراهم می‌کند (۵). سوء رفتار با سالمندان یکی از مشکلات شایع سالمندان است که هنوز در کشورهای در حال توسعه به رسمیت شناخته نشده است (۶،۷). سوء رفتار با سالمندان به‌طور ساده به‌صورت بدرفتاری با اشخاص سالمند توسط افرادی که در موقعیت اعتماد، قدرت یا مسئولیت مراقبت از آنها هستند، تعریف شده است که شامل آزار فیزیکی، آزار جنسی، آزار مالی، آزار روان‌شناختی، غفلت، تهاجم به حقوق، انکار حریم خصوصی و انکار مشارکت در تصمیم‌گیری است (۸). سالمندآزاری در موقعیت‌های مختلف و مکان‌هایی که سالمند زندگی می‌کند رخ می‌دهد (۹).

تعیین شیوع واقعی سوء رفتار و غفلت در سالمندان مشکل است، چرا که حرفه‌های بهداشتی ممکن است در تعیین و گزارش این موارد به دلایل انکار وسعت مشکل در جامعه و چشم‌پوشی از گزارش سوء رفتار با مشکل مواجه شوند (۱۰). اگر چه مطالعات نشان داده است که اپیدمیولوژی و نوع سوء رفتار با سالمند ممکن است در کشورهای مختلف متفاوت باشد، اما شیوع آن بین ۲۷/۵-۳/۲٪ در بین جمعیت سالمندان است (۱۱). دانش و چابک طی مطالعاتی نشان دادند که شیوع سوء رفتار در کالیفرنیا ۲/۲-۱۸/۴٪ است (۱۲). دوتگ شیوع سوء رفتار و انواع آن را در جمعیت عمومی چین ۶۴-۰/۲٪ گزارش کرد (۱۳)، در

صورتی که یان و چان شیوع سوء رفتار را در سالمندان چینی ۳۶/۱-۰/۴٪ نشان دادند (۱۴). مطالعات نشان می‌دهد که سالانه یک‌میلیون سالمند در ایالات متحده مورد سوء رفتار قرار می‌گیرند و بیش از ۲۵٪ آنها از لحاظ جسمی آزار می‌بینند (۱۵). مطالعه منوچهری و همکاران که در شهر تهران انجام شده بود، نشان داد که ۸/۸٪ سالمندان مورد مطالعه با سوء رفتار عاطفی روبه‌رو بودند (۱۶). مطالعه کریمی و الهی در شهر اهواز، شیوع سوء رفتار جسمی در سالمندان را ۱۰/۵٪ و غفلت از آنها را ۳۱/۷٪ نشان داد (۱۷). مطالعه هروی و همکاران در سالمندان عضو کانون جهاندیدگان شهر تهران نشان داد غفلت عاطفی و روانی بیشترین و طردشدگی و سوء رفتار جسمی کمترین شیوع را داشت (۱۸).

سوء رفتار تحت تاثیر عوامل گسترده‌ای در افراد سالمند رخ می‌دهد که سن، جنس، بیکاری، وضعیت بیمه، تحصیلات، سطح افسردگی، داشتن بیماری مزمن و ناتوانی، نمونه‌ای از عوامل ایجاد سوء رفتار در سالمندان است. تحت تاثیر این عوامل اشکال گوناگونی از سوء رفتار با افراد سالمند رخ می‌دهد (۲۱-۱۶، ۱۸). به‌طوری که مطالعه کیشیمیتو و همکاران در ژاپن نشان داد که سوء رفتار در سالمندانی که از مشکلات شناختی رنج می‌برند، بیشتر است (۲۲). مطالعه نیوتون و همکاران در ایرلند نشان داد مهم‌ترین عامل سوء رفتار در سالمندان بیکاری و اعتیاد مراقبان در خانواده بوده است (۱۹). در مطالعه وو و همکاران، میزان سوء رفتار با تفاوت جنسیتی ارتباط معنی‌داری نداشت (۲۳)، ولی نیوتون و همکاران گزارش کردند که میزان سوء رفتار در زنان بیشتر از مردان است (۱۹). در مطالعه کریمی و الهی به عوامل مرتبط با مشکلات جسمی و وابستگی سالمند به دیگران اشاره شد (۱۷). وو و همکاران نشان دادند سالمندانی که با بیماری مزمن و سواد پایین هستند و تنها زندگی می‌کنند مورد سوء رفتار بیشتری قرار داشتند (۲۳). در مطالعه لاجز و پلیمر، عامل افزایش‌دهنده سوء رفتار زندگی مشترک با خانواده بیان شد (۲۴). توجه به تفاوت گزارش مطالعات، تاثیر عوامل متنوعی را در ایجاد سوء رفتار با افراد سالمند نشان می‌دهد که تحت تاثیر عوامل فرهنگی و تفاوت محیط‌های زندگی میزان و نوع سوء رفتار و همچنین عوامل پیش‌زمینه ایجاد سوء رفتار با سالمندان می‌تواند متفاوت باشد.

روند رو به رشد جمعیت سالمندی در ایران، اندک بودن مطالعات در این زمینه و فقدان چنین مطالعه‌ای در شهر کاشان، پژوهشگر را بر آن داشت تا میزان شیوع سوء رفتار و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر کاشان را تعیین و بررسی نماید. امید است تا گامی در جهت شناسایی مشکلات سوء رفتار سالمندان و تلاش برای رفع این معضل برداشته شود. بنابراین هدف این پژوهش، بررسی رابطه بین عوامل اجتماعی جمعیتی و میزان شیوع سوء رفتار در بین سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر کاشان بود.

ابزار و روش‌ها

این مطالعه توصیفی از نوع تحلیلی است که در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه پژوهش ۵۰۰ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال شهر کاشان، دارای پرونده بهداشتی در پایگاه‌های بهداشتی شهر کاشان بودند. با توجه به مطالعات گذشته و برآورد میزان سوء رفتار (۲۵)، در سطح اطمینان ۹۵٪ براساس فرمول کوکران، حجم نمونه ۳۳۴ نفر تعیین شد که به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای با احتساب ضریب ۱/۵ تعداد نمونه ۵۰۰ نفر بود.

ملاک ورود به مطالعه، داشتن سن بالای ۶۰ سال، داشتن ملیت ایرانی، توانایی تکلم به زبان فارسی، عدم وجود بیماری روانی شناخته شده (سایکوز)، داشتن هوشیاری کامل در زمان مطالعه، توانایی برقراری ارتباط و قدرت پاسخگویی به سئوالات مطالعه و ساکن بودن در شهر کاشان بود. ملاک خروج نیز انصراف نمونه از پاسخگویی به پرسش‌نامه در حین انجام کار و مصاحبه بود.

پس از هماهنگی با معاونت بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و صدور اجازه‌نامه، جمع‌آوری نمونه‌ها انجام شد. در مرحله اول، شهر کاشان براساس نقشه بهداشتی به ۵ منطقه تقسیم شد و از هر منطقه ۲ مرکز بهداشت به صورت تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شدند. مجموع مراکز بهداشتی انتخاب شده ۱۰ مرکز بود. در مرحله بعد پس از هماهنگی با پایگاه بهداشتی انتخاب شده تعداد سالمندان تحت پوشش هر پایگاه مشخص شد و بر مبنای جمعیت تحت پوشش و جنس، سهمیه‌ای به هر پایگاه اختصاص یافت. براساس جنس و جمعیت تحت پوشش هر پایگاه اندازه سهمیه‌ها متفاوت بود. در این مرحله از بین پرونده‌های بهداشتی هر پایگاه به صورت تصادفی پرونده‌ای

مجله پزشکی قانونی ایران

انتخاب شد. پس از هماهنگی با رابط بهداشت پایگاه در صورت نداشتن بیماری روانی شناخته شده (سایکوز) سالمند براساس اعلام همان پایگاه بهداشت و رعایت معیار ورود از طریق تلفن با وی تماس گرفته شد و پس از بیان اهداف تحقیق از سالمند برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. اگر تمایل به همکاری از سوی سالمند وجود داشت برحسب انتخاب شرکت کننده در منزل یا محل پایگاه با وی برای تکمیل پرسش‌نامه ملاقات شد. اگر هم سالمند تمایلی برای همکاری نداشت سالمند دیگری جایگزین وی شد. در زمان ملاقات پس از دادن آگاهی لازم در خصوص تحقیق فوق و موارد کاربرد اطلاعات اخذ شده، پرسش‌نامه مطالعه به سالمند داده شد. پرسش‌نامه برای هر فرد جداگانه و با رعایت حریم خصوصی تکمیل شد. در مورد سالمندانی که از توانایی خواندن و نوشتن برخوردار نبودند به روش مصاحبه‌ای هر یک از پرسش‌نامه‌ها برایشان قرائت شد و گویه‌های پرسش‌نامه براساس نظر و انتخاب آنها پر شد. در مورد سالمندانی که از توانایی خواندن و نوشتن برخوردار بودند پرسش‌نامه در اختیار آنان قرار داده شد تا نسبت به پرکردن گویه‌های آن اقدام نمایند و در همان مقطع زمانی حضور پرشگر فرم‌های پرسش‌نامه جمع‌آوری شد. اگر پرسش‌نامه‌ای اطلاعات ناقص داشت از شرکت کننده خواسته شد نسبت به تکمیل اطلاعات اقدام کند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه چندبخشی بود؛ قسمت اول پرسش‌نامه شامل مشخصات دموگرافیک (از قبیل متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل، تعداد فرزند، وضعیت زندگی سالمند با خانواده، بیماری‌های مزمن و توانایی راه رفتن) و قسمت دوم ابزار شامل پرسش‌نامه بررسی سوء رفتار در خانواده نسبت به سالمندان بود. پرسش‌نامه بررسی سوء رفتار در خانواده نسبت به سالمندان شامل ۴۹ عبارت در ۸ زیرمقیاس غفلت مراقبتی، سوء رفتار روان‌شناختی، سوء رفتار جسمی، سوء رفتار مالی، سلب اختیار، طردشگی، غفلت مالی و عاطفی است. ابزار مذکور دارای گزینه‌های "بلی"، "خیر" و "موردی ندارد" است. امتیازهای اخذ شده در محدوده صفر تا ۱۰۰ هستند و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده وجود میزان بیشتری از علایم سوء رفتار است. بدین ترتیب ۱۰۰ نشان‌دهنده حداکثر میزان سوء رفتار و صفر نشان‌دهنده عدم وجود شواهدی از سوء رفتار است. کمترین امتیاز مربوط به هر عبارت (صفر) برای انتخاب گزینه "خیر" و بیشترین امتیاز (یک) برای انتخاب

بیشترین فراوانی مربوط به افراد بی‌سواد (۶۱/۲٪) بود و ۳۸/۸٪ سالمندان سواد داشتند. بیشتر سالمندان (۸۷/۴٪) متاهل بودند و ۲۶/۲٪ سالمندان هیچ بیماری زمینه‌ای نداشتند.

شیوع غفلت عاطفی ۶/۸٪، غفلت مراقبتی ۸/۲۹٪، غفلت مالی ۲/۳۵٪، سلب اختیار ۶/۳۷٪، سوء رفتار روان‌شناختی ۴۵/۰٪، سوء رفتار مالی ۲/۴۱٪، سوء رفتار جسمی ۲۲/۴۵٪ و طردشدگی ۱۶/۶٪ بود.

نمره سوء رفتار در مردان بالاتر از زنان سالمند و در سن ۸۱ سال و بالاتر نسبت به بقیه گروه‌های سنی بیشتر بود. از نظر تعداد فرزند، سالمندانی که ۵ فرزند و بالاتر داشتند نسبت به بقیه نمره سوء رفتار بالاتری کسب نمودند. از نظر وضعیت تاهل، سالمندان بیوه/مطلقه/مجرد نسبت به سالمندان متاهل نمره بالاتری از سوء رفتار را گزارش کردند. همچنین سالمندان بی‌سواد و آنهایی که از نظر راه‌رفتن ناتوان بودند، نمره سوء رفتار بالاتری داشتند. بین میزان سوء رفتار و متغیرهای سن، تعداد فرزند، وضعیت تاهل، وضعیت زندگی سالمند با خانواده، داشتن سابقه بیماری و داشتن توانایی راه‌رفتن ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد (جدول ۱).

طبق نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک، متغیرهای سن و تعداد فرزند با سوء رفتار ارتباط داشتند. سن ۸۰ سال و بالاتر نسبت به سن ۶۰-۷۰ سال ($CI=2/007-23/172$) و ۹۵٪ و ($OR=6/119$) و داشتن ۵ فرزند و بالاتر نسبت به نداشتن فرزند ($CI=1/533-22/175$) و ۹۵٪ و ($OR=5/83$) اختلاف آماری معنی‌دار داشتند ($p<0/01$).

گزینه "بلی" است. گزینه "موردی ندارد" هیچ امتیازی کسب ننموده و در هنگام محاسبه امتیاز، حذف می‌شود. این ابزار براساس یافته‌های مطالعه‌ای کیفی روی سالمندان آزاردیده در ایران با توجه به ویژگی‌های فرهنگی جامعه ایرانی تدوین و اعتبارسنجی شده است و از اعتبار صوری، محتوی و سازه برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی این ابزار، ۰/۹۹ تعیین شده است (۲۶).

این مطالعه در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان با شماره کد اخلاق ۵۰۰۳ تایید شد. اهداف مطالعه و نیز آزادانه‌بودن شرکت در مطالعه به همه شرکت‌کنندگان در تحقیق توضیح داده شد. همه شرکت‌کنندگان در تحقیق برای شرکت در مطالعه رضایت آگاهانه کتبی دادند. به همه اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذشده از آنها محرمانه خواهد ماند.

پس از جمع‌آوری اطلاعات خام، داده‌ها وارد نرم‌افزار آماری SPSS 21 شد. برای بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و برای تحلیل داده‌ها از آزمون مجذور کای و تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد.

یافته‌ها

از ۵۰۰ سالمند شرکت‌کننده در مطالعه ۲۹۰ نفر (۵۸/۰٪) مرد و ۲۱۰ نفر (۴۲/۰٪) زن بودند. میانگین سن جامعه پژوهش $72/07 \pm 9/03$ سال بود که سالمندان گروه سنی ۶۰-۷۰ سال نسبت به بقیه بیشترین فراوانی (۴۷/۸٪) را به خود اختصاص داده بودند. از لحاظ سطح تحصیلات

جدول ۱) میانگین آماری نمرات سوء رفتار و توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای زمینه‌ای در افراد (۵۰۰ نفر) با و بدون مواجهه با سوء رفتار و ارتباط آنها (اعداد داخل پرانتز، درصد هستند)

متغیرها	نمره سوء رفتار	فراوانی وجود سوء رفتار	فراوانی عدم سوء رفتار	سطح معنی‌داری
جنس				
زن	$15/72 \pm 14/74$	۱۶۸ (۸۰/۰)	۴۲ (۲۰/۰)	۰/۶۷۳
مرد	$16/23 \pm 14/85$	۲۳۲ (۸۰/۰)	۵۸ (۲۰/۰)	
سن (سال)				
۶۰-۷۰	$12/53 \pm 10/33$	۱۸۱ (۷۵/۷)	۵۸ (۲۴/۳)	۰/۰۰۱
۷۱-۸۰	$14/11 \pm 13/46$	۱۳۳ (۷۷/۳)	۳۹ (۲۲/۷)	
بالاتر از ۸۱	$31/00 \pm 17/16$	۸۶ (۹۶/۶)	۳ (۳/۴)	
تعداد فرزند				
بدون فرزند	$17/34 \pm 11/22$	۱۱ (۶۸/۸)	۵ (۳۱/۲)	۰/۰۰۱
۱-۴ فرزند	$12/64 \pm 9/79$	۱۵۲ (۷۱/۷)	۶۰ (۲۸/۳)	
بالاتر از ۵ فرزند	$19/50 \pm 16/07$	۲۳۷ (۸۷/۱)	۳۵ (۱۲/۹)	

ادامه جدول (۱) میانگین آماری نمرات سوء رفتار و توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای زمینه‌ای در افراد (۵۰۰ نفر) با و بدون مواجهه با سوء رفتار و ارتباط آنها (اعداد داخل پرانتز، درصد هستند)

متغیرها	نمره سوء رفتار	فراوانی وجود سوء رفتار	فراوانی عدم سوء رفتار	سطح معنی داری
وضعیت تاهل				
متاهل	۱۵/۴۰±۱۴/۰۵	۳۴۲ (۷۸/۳)	۹۵ (۲۱/۷)	۰/۰۱۱
بیوه/مطلقه/مجرد	۲۴/۰۶±۱۴/۶۶	۵۸ (۹۲/۱)	۵ (۷/۹)	
میزان تحصیلات				
بی سواد	۱۷/۷۹±۱۶/۷۶	۲۴۹ (۸۱/۴)	۵۷ (۱۸/۶)	۰/۶۰۱
خواندن و نوشتن	۱۲/۶۵±۱۱/۰۴	۱۱۹ (۷۸/۳)	۳۳ (۲۱/۷)	
دیپلم و بالاتر	۱۳/۵۷±۱۲/۶۸	۳۲ (۷۶/۲)	۱۰ (۲۳/۸)	
وضعیت زندگی سالمند با خانواده				
با همسر	۱۳/۶۲±۱۰/۸۰	۱۶۹ (۷۴/۴)	۵۸ (۲۵/۶)	۰/۰۰۱
با همسر و فرزندان	۱۴/۵۶±۱۴/۴۳	۱۲۹ (۷۹/۱)	۳۴ (۲۰/۹)	
با فرزند	۲۷/۳۷±۱۶/۷۶	۶۹ (۹۲/۰)	۶ (۸/۰)	
تنها	۲۲/۷۹±۱۵/۰۲	۳۳ (۹۴/۳)	۲ (۵/۷)	
سابقه بیماری				
بدون بیماری	۱۳/۰۹±۱۰/۲۳	۹۵ (۷۲/۵)	۳۶ (۲۷/۵)	۰/۰۲۹
دیابت	۱۴/۴۵±۱۳/۹۴	۹۳ (۷۸/۲)	۲۶ (۲۱/۸)	
فشار خون بالا	۱۵/۲۰±۱۴/۷۶	۱۵۶ (۸۲/۱)	۳۴ (۱۷/۹)	
سایر	۲۰/۸۰±۱۸/۳۴	۵۶ (۹۳/۳)	۴ (۶/۷)	
توانایی راه رفتن				
مستقل	۱۲/۶۸±۱۰/۷۴	۲۵۵ (۷۵/۴)	۸۳ (۲۴/۶)	۰/۰۰۱
غیرمستقل	۲۳/۶۹±۱۶/۷۲	۱۴۵ (۸۹/۵)	۱۷ (۱۰/۵)	

بحث

طی این مطالعه، انواع سوء رفتار با سالمند و عوامل خطر آن برای اولین بار در سالمندان شهر کاشان، ایران انجام شد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که رایج‌ترین ویژگی‌های افرادی که مورد سوء رفتار قرار گرفته بودند، داشتن سن بالا، تاهل، زندگی مشترک با همسر، تعداد فرزند بیشتر و داشتن ناتوانی در راه رفتن و بیماری مزمن بود.

مطالعه حاضر نشان داد که با بالا رفتن سن، میزان سوء رفتار نیز افزایش می‌یابد، به طوری که میزان خطر در گروه سنی ۸۰ سال و بالاتر ۸/۶ برابر گروه سنی ۷۰-۶۰ ساله است. ساتوس و همکاران نشان دادند که سوء رفتار با مردان و زنان سالمند با افزایش سن، کاهش می‌یابد (۲۷).

با بالا رفتن سن شیوع امراض حاد در حد بالایی کاهش می‌یابد، اما شیوع بیماری روانی و جسمی مزمن افزایش یافته و منجر به ناتوانی‌های پایدار می‌شود که عوارض آن بر توانایی‌های مربوط به انجام وظیفه اثر می‌گذارد. بیشتر حالات مزمن ناتوان کننده نیستند، ولی با این حال با افزایش سن، احتمال آنها با ناتوانی در انجام وظایف بیشتر است. هر

چه شخص ناتوان تر و آسیب پذیرتر باشد، گرایش دیگران به این که او را نادیده بگیرند بیشتر می‌شود و به این شخص مانند شیئی نگریسته شده و روزه روز این نگرش گسترده تر می‌شود. تا این که سالمند نحیف وابسته، دیگر به عنوان انسان انگاشته نشده و به عنوان منبعی از استرس و ناامیدی دیده می‌شود. به دلیل فقدان توانایی‌های متعدد که با بالا رفتن سن به وجود می‌آیند، سالمند کم کم احساس سر بار بودن می‌کند که البته حس درستی است. بعضی از افراد سالمند با تسلیم شدن و فرمانبرداری، به این حس واکنش نشان می‌دهند که ممکن است بازتاب آن، سوء استفاده بیشتر توسط یک مراقب ظالم و لاقید باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد سالمندان بیوه و مطلقه با میزان بیشتری از انواع سوء رفتار مواجه بودند که همسو با یافته‌های مطالعات قبلی است (۱۸، ۲۴، ۲۸). مطالعه وو و همکاران نشان داد سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند بیشتر مورد بد رفتاری قرار می‌گیرند (۲۳). برخی مطالعات، بیوه بودن را به عنوان عامل افزایش دهنده خطر سوء رفتار گزارش کرده‌اند. در یک مطالعه گسترده، پیلمر و سوئیپور

اعتراض همسر و فرزندان خود در آرایه این خدمات به والدین هستند که این امر موجب بیشتر شدن سوء رفتار والدین سالمند می‌شود.

نتایج مطالعه حاضر رابطه معنی‌داری را بین سوء رفتار با وضعیت تحصیلی نشان نداد، ولی نمره سوء رفتار در سالمندانی که بی‌سواد و بیکار بودند بالا گزارش شده بود. در حالی که در برخی مطالعات میزان تحصیلات (۲۰،۳۴) و داشتن شغل (۳۴،۳۵) به‌عنوان عوامل افزایش‌دهنده خطر سوء رفتار گزارش شده است. به نظر می‌رسد دلیل احتمالی این یافته، غالب بودن حضور سالمندان با تحصیلات پایین در این مطالعه بوده، در نتیجه به‌علت کم بودن آگاهی این افراد از موارد و مصادیق سوء رفتار، آن را به عنوان بدرفتاری تلقی نمی‌کنند.

مطالعه ما نشان داد ناتوانی جسمی در راه رفتن و بیماری مزمن از متغیرهای تاثیرگذار بر میزان سوء رفتار بود. مطالعات دیگر نیز نتایج مشابه را نشان داد (۲۰،۲۳). مراقبت از پدر و مادر با معلولیت جسمی و بیماری جسمی نیاز به حمایت اساسی دارد و اغلب شخصی که نیازمند فداکاری مراقب و اعضای خانواده است (۲۲)، می‌تواند باعث استرس زیاد در مراقب و موثر در وضعیت اقتصادی-روانی و جسمی او شود. استرس بیش از حد در فراهم کردن مراقبت روزانه ضروری برای والدین سالمند سبب بدرفتاری نسبت به آنان می‌شود (۳۶). در توجیه این یافته می‌توان گفت بیشتر افراد، نیاز سالمندان به کمک را درک می‌کنند اما وابستگی کامل، آن هم برای مدت‌زمان طولانی، نه‌تنها برای سالمند، بلکه برای مراقب هم خوشایند نیست. از طرف دیگر این گونه وابستگی اغلب با ترس، وحشت، بی‌حرمتی، شرم و تقبیح همراه است. در کشورهایی که فرهنگ فردگرا دارند، مثل جامعه ایالات متحده، نیاز به دیگران پسندیده نیست. هنوز هم این خصوصیت نژادی قومی در این کشور حاکم است که می‌گوید: "ستودنی‌ترین افراد آنهایی هستند که قادر به رنج کشیدن بدون اعتراض باشند، کسانی که می‌توانند بدون کمک دیگران از خود مراقبت کنند". فرهنگ جمع‌گرایی سنتی در ایران و کشورهای شرقی، از بار ضدارزشی این مساله تا حدی می‌کاهد. فردگرایی شدید بدون توجه به وضعیت مالی بارزتر از وابستگی یا حد عدم وابستگی است. وابستگی سالمندان به دلیل مشکلات روانی یا جسمی به مرور زمان کمتر نشده، بلکه بیشتر می‌شود. این

نشان دادند شوهران در مقایسه با زنان بیشتر قربانی می‌شوند (۲۹). با این حال میلر و دودر بر زوج آزاردیده-آزاردهنده تمرکز کرده‌اند و دریافته‌اند که به احتمال زیاد زنان قربانیان اصلی هستند. در میان آزاردهندگان احتمال این که مردان مرتکب آزار جسمی شوند، بیشتر است (۳۰). در همین راستا هشدار داده شده است که اگر غفلت، تهدید و استثمار مالی با آزار جسمی همراه شوند، زنان به‌طور کاذب دارای احتمال برابر با مردان، در ارتکاب آزار و اذیت هستند. این گروه‌بندی هرم قدرت در خانواده و نیز تفاوت‌های جنسیتی در قدرت و استفاده از خشونت را رد می‌کند (۳۰). بندیک نشان داد سالمندانی که با همسر و فرزند زندگی می‌کنند دارای خطر بالاتری در رابطه با سوء رفتار نسبت به سالمندانی هستند که تنها یا فقط با همسر یا فرزند زندگی می‌کنند (۳۱). یکی از دلایل احتمالی یافته مطالعه حاضر این می‌تواند باشد که در زندگی مشترک، افزایش فرصت‌های تماس و در نتیجه تضاد و تنش ایجادشده بین همسران و فرزندان موجب افزایش میزان بدرفتاری می‌شود.

در مطالعه حاضر مردان سالمند نسبت به زنان سالمند در معرض خطر بیشتری برای سوء رفتار قرار داشتند. وو و همکاران (۲۳) و گری و همکاران (۲۲) در مطالعه خود به این نکته اشاره کردند که میزان سوء رفتار در سالمندان زن بیشتر از سالمندان مرد است. همچنین نوروزی (۳۳) نیز به میزان سوء رفتار بیشتر در زنان سالمند اشاره داشت که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. دلیل احتمالی این یافته ممکن است این باشد که چون زنان سالمند نسبت به مردان در قبول مسئولیت‌های خانگی مثل پخت‌وپز و مراقبت از نوه‌ها نقش دارند، بیشتر مورد احترام فرزندان قرار گرفته و به‌نوبه خود کمتر مورد سوء رفتار واقع می‌شوند. به‌علاوه مسایل فرهنگی و عرفی بر حمایت از زنان تاکید می‌ورزد که این امر ممکن است به‌عنوان مانعی در این زمینه عمل نماید. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که میزان سوء رفتار با تعداد فرزند بیشتر افزایش می‌یابد، به‌طوری که میزان خطر سالمندان دارای ۵ فرزند و بیشتر ۵/۸۳ برابر سالمندان بدون فرزند بود که این یافته با نتایج پژوهش هروی و همکاران (۱۸) همسو است. احتمالاً وقتی تعداد فرزندان بیشتر است بیشتر امکان دارد تعدادی از فرزندان از کمک و مراقبت از والدین فرار نمایند و فرزندی که مجبور به آرایه این خدمات تحمیلی هستند بیشتر در معرض

2. Goh VH. Aging in Asia: A cultural, socio-economical and historical perspective. *Aging Male*. 2005;8(2):90-6.
3. 3-Amir-Sadri A, Soleimani H. Elderly phenomena and its outcomes in IRAN. *J Hyg Health*. 2005;1(2):19-35. [Persian]
4. Lowenstein A. Elder Abuse and Neglect-“Old Phenomenon”: New Directions for Research, Legislation, and Service Developments: (2008 Rosalie S. Wolf memorial elder abuse prevention award-international category lecture). *J Elder Abuse Negl*. 2009;21(3):278-87.
5. 5-Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Montazeri A. Health-related quality of life among abused and non-abused elderly people: a comparative study. *Payesh*. 2013;12(5):479-88. [Persian]
6. Lloyd-Sherlock P, Penhale B, Ayiga N. Financial abuse of older people in low and middle-income countries: the case of South Africa. *J Elder Abuse Negl*. 2018;30(3):236-46.
7. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5(2):e147-56.
8. Dong X. Elder self-neglect: research and practice. *Clin Interv Aging*. 2017;12:949-54.
9. Acierno R, Hernandez-Tejada MA, Anetzberger GJ, Loew D, Muzzy W. The national elder mistreatment study: an 8-year longitudinal study of outcomes. *J Elder Abuse Negl*. 2017;29(4):254-69.
10. Yan E, Chan KL, Tiwari A. A systematic review of prevalence and risk factors for elder abuse in Asia. *Trauma, Violence Abuse*. 2015;16(2):199-219.
11. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing*. 2008;37(2):151-60.
12. Danesh MJ, Chang AL. The role of the dermatologist in detecting elder abuse and neglect. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73(2):285-93.
13. Dong X. Elder abuse in Chinese populations: a global review. *J Elder Abuse Negl*. 2015;27(3):196-232.
14. Yan E, Chan KL. Prevalence and correlates of intimate partner violence among older Chinese couples in Hong Kong. *Int Psychogeriatr*. 2012;24(9):1437-46.
15. Switzer JA, Michienzi AE. Elder abuse: an update on prevalence, identification, and reporting for the orthopaedic surgeon. *J Am Acad Orthop Surg*. 2012;20(12):788-94.
16. Manoochehri H, Ghorbi B, Hosseini M, Nasiri Oskooei N, Karbakhsh Davari M. Degree and types of domestic abuse in the elderly referring to Parks of Tehran. *Adv Nurs Midwifery*. 2009;18(63):39-45. [Persian]

مشکلات احتمالاً با گذشت زمان بدتر می‌شوند زیرا ماهیت بیماری مزمن چنین است. سالمندان تدریجاً وابسته‌تر شده و بنابراین در تعامل با دیگران آسیب‌پذیرتر می‌شوند.

از محدودیت‌های این مطالعه این بود که تنها به بررسی سالمندان ساکن خانه پرداخت. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی میزان سوء رفتار و عوامل اجتماعی موثر در آن در سالمندان ساکن آسایشگاه و خانه‌های سالمندان بررسی شود و مطالعه‌ای به‌منظور بررسی ویژگی مرتکبان سوء رفتار با سالمندان انجام گیرد.

در پایان می‌توان گفت با توجه به شیوع بالای سوء رفتار، لزوم شناسایی به‌موقع این معضل به‌منظور برنامه‌ریزی برای پیشگیری و اعمال رویکردهای قانونی ضروری به نظر می‌رسد. آگاهی‌دادن به خانواده و جایگزینی تکریم و احترام سالمند به جای خشونت و بی‌اعتنایی که ناگزیر در جامعه صنعتی به وجود آمده، نیز می‌تواند نقش موثرتری داشته باشد.

نتیجه‌گیری

سالمندان با سن بالاتر، تعداد فرزند بیشتر، بدون همسر، در حال زندگی با فرزند، با داشتن سابقه بیماری و عدم توانایی راه‌رفتن، بیشتر در معرض سوء رفتار قرار دارند.

تشکر و قدردانی: از تمامی مراکز بهداشتی که در این مطالعه با محققان همکاری داشته و سالمندان عزیزی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند سپاسگزاریم.

تاییدیه اخلاقی: این مطالعه در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان با شماره کد اخلاق ۵۰۰۳ تایید شد.

تعارض منافع: تعارض منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان: زهرا خلیلی (نویسنده اول)، روش‌شناس/پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری/نگارنده بحث (۵۰٪)؛ علی صدرالهی (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه/تحلیلگر آماری/نگارنده بحث (۵۰٪)

منابع مالی: این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

1. Devons CA. Comprehensive geriatric assessment: making the most of the aging years. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2002;5(1):19-24.

- Ageing. 2010;5(1):7-21. [Persian]
27. Santos CM, De Marchi RJ, Martins AB, Hugo FN, Padilha DM, Hilgert JB. The prevalence of elder abuse in the Porto Alegre metropolitan area. *Braz Oral Res.* 2013;27(3):197-202.
28. Paveza GJ, Cohen D, Eisdorfer C, Freels S, Semla T, Ashford JW, et al. Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. *Gerontologist.* 1992;32(4):493-7.
29. Pillemer K, Suitor JJ. Violence and violent feelings: What causes them among family caregivers? *J Gerontol.* 1992;47(4):S165-72.
30. Miller RB, Dodder R. The abused-Abuser dyad: Elder abuse in the state of Florida. In Ingmore SR, Filinson R, editors. *Elder abuse: Practice and policy.* New York: Human Sciences Press; 1989. p. 166-78.
31. Bendik MF. Reaching the breaking point: dangers of mistreatment in elder caregiving situations. *J Elder Abuse Negl.* 1993;4(3):39-60.
32. Garre-Olmo J, Planas-Pujol X, López-Pousa S, Juvinyà D, Vilà A, Vilalta-Franch J. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(5):815-22.
33. Morowatisharifabad MA, Rezaeipandari H, Dehghani A, Zeinali A. Domestic elder abuse in Yazd, Iran: a cross-sectional study. *Health Promot Perspect.* 2016;6(2):104-10.
34. Ziloochi MH, Pourreza A, Akbari F, Rahimi Forooshani A. Evaluating the hospitalization costs for elderly patients in teaching hospitals of Kashan university of medical sciences during 2009-10. *Feyz.* 2012;16(1):86-94. [Persian]
35. Sibley KM, Voth J, Munce SE, Straus SE, Jaglal SB. Chronic disease and falls in community-dwelling Canadians over 65 years old: a population-based study exploring associations with number and pattern of chronic conditions. *BMC Geriatr.* 2014;14(1):22.
36. Woolf LM. Elder abuse and neglect. *Webster Univ.* 1998.
17. Karimi M, Elahi N. Elderly abuse in Ahwaz city and its relationship with individual and social characteristics. *Iran J Ageing.* 2008;3(1):42-7. [Persian]
18. Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Foroughan M, Montazeri A. Elderly abuse rates within family among members of senior social clubs in Tehran. *Iran J Ageing.* 2012;6(4):37-50. [Persian]
19. Naughton C, Drennan J, Lyons I, Lafferty A, Treacy M, Phelan A, et al. Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. *Age Ageing.* 2012;41(1):98-103.
20. Oh J, Kim HS, Martins D, Kim H. A study of elder abuse in Korea. *Int J Nurs Stud.* 2006;43(2):203-14.
21. Dong XQ, Simon M, Evans D. Cross-sectional study of the characteristics of reported elder self-neglect in a community-dwelling population: findings from a population-based cohort. *Gerontology.* 2010;56(3):325-34.
22. Kishimoto Y, Terada S, Takeda N, Oshima E, Honda H, Yoshida H, et al. Abuse of people with cognitive impairment by family caregivers in Japan (a cross-sectional study). *Psychiatry Res.* 2013;209(3):699-704.
23. Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T, et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in People's Republic of China: a cross-sectional study. *PloS one.* 2012;7(3):e33857.
24. Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. *Lancet.* 2004;364(9441):1263-72.
25. Eshaghi SR, Shahsanai A, Mellat Ardakani M. Assessment of the physical activity of elderly population of Isfahan, Iran. *Jo Isfahan Med Sch.* 2011;29(147):939-46. [Persian]
26. Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi MT, Hajizadeh E. Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire. *Iran J*